

# ASIAKASKÄYNNIN OPAS KOTIHOIDON HOI- TOHENKILÖSTÖLLE

## Diabeteksen ohjaus ja hoito

Mirva Happonen

Opinnäytetyö  
Toukokuu 2015

Hoitotyön koulutusohjelma  
sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU  
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



## Kuvailulehti

Tekijä Happonen, Mirva	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 31.05.2015
	Sivumäärä 40	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: X
<b>Opinnäytetyön nimi</b> Asiakaskäynnin opas kotihoidon hoitohenkilöstölle, Diabeteksen ohjaus ja hoito		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Matilainen Irmeli, Suonpää-Lehtonen Leena		
Toimeksiantaja(t) Keuruun kaupunki		
<b>Tiivistelmä</b> <p>Opinnäytetyön tarkoitus oli tehdä asiakaskäynninopas diabetestyön kehittämiseksi Keuruun kotihoidon hoitohenkilöstölle. Toimeksiantaja oli Keuruun kaupunki.</p> <p>Toiminnallisen oppaan suunnitteluun ja työn sisällön tarkistamiseen osallistui Keuruun diabeteshoitaja. Lähdeaineistona käytettiin näyttöön perustuvaa alan kirjallisuutta. Teoreettisessa opinnäytetyössä tarkasteltiin diabetesta sairautena ja käsiteltiin muuan muassa asiakkaiden ohjausta, hoitoa ja oikea-aikaista hoidon seuranta.</p> <p>Tuloksena syntyi tutkimustietoon perustuva asiakaskäynnin opas diabeteksen hoidosta ja seurannasta Keuruun kotihoidolle. Oppaaseen on liitetty tekstiä havainnollistamaan värikkäitä ja laadukkaita kuvia sekä taulukoita. Opas jaetaan käyttöön kotihoidon tiimeihin. Opas tulee myös sähköiseen muotoon ja tarkoituksena on päivittää sitä vuosittain uudella näyttöön perustuvalla tiedolla. Siitä löytyvät tarvittavat yhteys- ja koulutustiedot hoitohenkilöstölle.</p> <p>Diabetesasiakkaiden kasvava määrä huolestuttaa niin yksilön kuin yhteiskunnankin näkökulmasta. Miksi diabeteksen ilmaantuvuus on enenevässä määrin kasvussa koko maailmassa ja kuinka saada erityisesti tyypin 2- diabeteksen kasvua hidastettua sekä ennaltaehkäistä tehokkaammin tulevaisuudessa? Oppaasta löytyy hoitotyön menetelmiä avuksi näihin kysymyksiin.</p>		
Avainsanat ( <a href="#">asiasanat</a> ) kotihoito, diabetes, diabetesasiakas, hoidonohjaus, omaohjaus, ennaltaehkäisy, hoitotavoite, määräämäänsuranta, elämänlaatu		
Muut tiedot		



Author(s) Happonen, Mirva	Type of publication Bachelor's thesis	Date 31.05.2015
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 40	Permission for web publica- tion: x
Title of publication The guide of customer visit for healthcare personell Diabetes control and treatment		
Degree programme Degree programme in nursing		
Tutor(s) Matilainen Irmeli, Suonpää-Lehtonen Leena		
Assigned by The city of Keuruu		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of the thesis was to create a guidebook about homecare visits for the healthcare personnel of the City of Keuruu. The guidebook was aimed to work as a tool for the development of diabetes work in elderly homecare. The thesis was commissioned by the City of Keuruu. The planning and checking of the content of the guidebook was also participated by the diabetes nurse working in Keuruu. The source material consisted of evidence-based literature. The theoretical part of the thesis discussed diabetes as a disease and the guidance of clients in the prevention of additional diseases.</p> <p>The result was a research-based handbook on diabetes treatment and follow-up for the elderly homecare services in Keuruu. In order to increase clarity, the guidebook also contains colourful and high quality illustrations and tables. The guidebook will be distributed to home care teams.</p> <p>The guide will also be available electronically with the purpose of updating it every year with new evidence-based information. It contains the relevant contact details and educational information for the care professionals.</p> <p>The growing number of diabetes clients is both a social and individual concern. Why is the incidence of diabetes growing in the world and how to slow down and prevent the growth of type 2 more effectively in the future? The guidebook contains information on the nursing methods that would assist with these questions.</p>		
Keywords/tags ( <a href="#">subjects</a> ) homecare, diabetes, diabetes customer, customer guidance, own control, prevention, treatment goal, periodic monitoring, quality of life		
Miscellaneous		

# SISÄLLYS

<b>1 Johdanto</b>	<b>2</b>
<b>2 Ikääntyvän väestön kasvava palvelutarve ja -järjestelmä</b>	<b>3</b>
<b>3 Kotihoito nyt ja tulevaisuudessa</b>	<b>6</b>
3.1 Kotihoidon palvelukokonaisuus ja yhteistyö	8
3.2 Kotihoidon tulevaisuuden näkymiä	9
<b>4 Diabetes – diagnostiikka, oireet ja hoito</b>	<b>11</b>
4.1 Diabetes sairautena	12
4.2 Diabetesasiakkaan terveydentilan seuranta ja hoito	14
4.3 Lääkehoito	18
4.4 Ohjaus ja omahoito	19
4.5 Hoidon edistysaskeleet ja kehittämistarpeet	20
<b>5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite</b>	<b>23</b>
<b>6 Opinnäytetyön lähtökohdat, suunnittelu ja toteutus</b>	<b>23</b>
6.1 Asiakaskäynnin oppaan suunnittelu	25
6.2 Asiakaskäynnin oppaan toteutus ja arviointi	26
<b>7 Opinnäytetyön tulokset</b>	<b>28</b>
<b>8 Pohdinta</b>	<b>29</b>
<b>9 Asiakaskäynnin opas ja sen kehittäminen</b>	<b>31</b>
<b>Lähteet</b>	<b>32</b>
<b>Liitteet</b>	<b>37</b>
Liite 1 Asiakaskäynnin opas kotihoidon hoitohenkilöstölle	
Liite 2 Asiakashaastattelu	
Liite 3 Omaisen haastattelu	
<b>Taulukko 1 Diabeetikon arviokäynnin sisältö</b>	<b>17</b>

# 1 JOHDANTO

Gerontologisen hoitotyön ja geriatriksen osaamisen vahvistaminen on merkityksellistä, sillä hoitohenkilökunta ja lääkärit tulevat hoitamaan yhä enemmän hoidollisesti haastavia iäkkäitä asiakkaita. Ammattilaisten tulee kyetä tunnistamaan yhtenäisin arviointimenetelmin henkilöitä joiden toimintakyky on uhattuna tai joilla on monisairauteen liittyviä ongelmia (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2012, 18.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista tuli voimaan 1.7.2013 (L 2012/980). Laki velvoittaa kunnan järjestämään ikääntyneelle väestölle hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia terveystarkastuksia tai kotikäyntejä erityisesti niille, joiden elämäntilanteeseen arvioidaan tutkimustiedon perusteella liittyvän palveluntarvetta lisääviä riskitekijöitä. Lisäksi muun palveluntarpeen ennaltaehkäisemiseksi on kiinnitettävä erityistä huomiota kuntoutumista edistäviin palveluihin.

Tässä opinnäytetyössä kehitetään kotihoidon toimintamahdollisuuksia diabetesasiakkaan terveyden ja toimintakyvyn oikea-aikaiseen tukemiseen ja edistämiseen asiakaskäynneillä. Opinnäytetyön tarve perustuu työelämälähtöisyyteen. Tarkoituksena on suunnitella ja toteuttaa kotihoidon henkilökunnalle opas, joka palvelee diabeteksen hoitotyössä, työvälineenä kotikäynneillä.

Toimeksiantaja on Keuruun kaupunki. Haasteena Keuruun kotihoidossa on tehdä vieläkin tiiviimpää ja selkeämpää yhteistyötä diabetesasiakkaiden elämänlaadun parantamiseksi. Tavoitteena on selkeyttää hoitolinjoja ja yhdenmukaistaa käytäntöjä kotihoidon diabeteksen työssä. Opinnäytetyön etenemisessä haastattelen diabetesasiakasta ja hänen omaistaan sekä diabeteshoitajaa. Valmistuva asiakaskäynnin opas vastaa tulevaisuudessa diabetesasiakkaiden hoidon ja ohjauksen tarpeisiin sekä palvelee asiakkaita tarkoituksenmukaisesti työntekijän työvälineenä kotihoidossa.

## 2 IKÄÄNTYVÄN VÄESTÖN KASVAVA PALVELUTARVE JA – JÄRJESTELMÄ

Suomessa on 427 000 yli 75-vuotiasta. Vuoteen 2030 mennessä 75- vuotta täyttäneitä on 847 000. Valtakunnallisesti ikäihmisten hyvinvoinnin turvaaminen edellyttää kunnilta tietoista ikääntymispolitiikkaa (Virnes 2012). Vanhuspalvelut järjestetään osana sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja vastuu palvelujen järjestämisestä on kunnilla. Kunta myöntää palveluja asiakkaan palvelutarpeen arvioinnin perusteella. Kunnat voivat tuottaa palvelut itse tai ostaa ne muilta kunnilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Ehkäisevillä palveluilla ja kuntoutuksella ylläpidetään ja edistetään ikäihmisten toimintakykyä. Palveluihin sisältyvät muun muassa neuvontapalvelut, hyvinvointia edistävät kotikäynnit, päiväkeskukset sekä rokotukset. Terveyspalveluihin sisältyvät kunnan terveyskeskuksen palvelut, kuten terveystarkastukset, hammashuolto, kotisairaanhoido ja kuntoutuspalvelut. Tarvittavat erikoissairaanhoidon palvelut järjestää sairaanhoitopiiri. Asumispalveluita tarjotaan esimerkiksi asunnon muutostöihin tai tarjoamalla palveluasuntoa (Palvelut ja etuudet ikääntyneille 2011.)

Palvelujen tarpeen kasvun hillitsemiseksi on välttämätöntä tukea ja ylläpitää ikääntyneen väestön toimintakykyä ja aktiivista itsenäistä elämää. Terveyspalvelut ja kuntoutus tulee kohdentaa tarpeen mukaan, niitä eniten tarvitseville. Tähän tarvitaan kuntakohtaista tietoa asukkaiden terveydestä, toimintakyvystä, hyvinvoinnista ja palvelujen käytöstä (Ikääntyneiden kokemukset toimintakyvystään ja palveluiden saamisesta ennen vanhuspalvelulakia 2013.) Suomessa pidetään lähtökohtana riittävien terveyden- ja sosiaalihuollon palvelujen turvaamista kaikille ikäryhmille taloudellisista haasteista huolimatta. Kuntatalouden heikkeneminen ja samaan aikaan ikääntyneiden palvelutarpeen kasvu tuovat kuitenkin haasteita päätöksenteolle. Palvelutuotannossa painopiste siirtyy ennaltaehkäisevään toimintaan. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus velvoittaa, että kunnalla on val-

tuuston hyväksymä ikääntymispoliittinen strategia, jonka toimeenpano on kytketty kunnan talousarvioon ja suunnitelmaan (Laurio 2013, 6-7.)

Palvelutarpeeseen vaikuttavista tekijöistä keskeisimpiä ovat vanhusväestön terveydentila ja toimintakykyisyys. Terveys 2000 – tutkimuksen mukaan suomalaisten toimintakyky on kahdenkymmenen viime vuoden aikana kohentunut varhaisessa eläkeiässä. Myös vanhusväestö kokee terveytensä kohentuneen jatkuvasti. Yli 65-vuotiaiden ihmisten toimintakyky todennäköisesti paranee tulevaisuudessakin (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava, Viitanen 2010, 67- 68.)

Ikäihmisen toimintakyvyn arvioinnin tavoitteena on kartoittaa asiakkaan selviytymiseen ja palvelutarpeeseen vaikuttavat seikat. Arviointi on moniammatillista ryhmätyötä, johon osallistuvat yleensä lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, psykologi ja sosiaalityöntekijä. Iäkkään asiakkaan toimintakyvyn, hoidon ja kuntoutuksen arviointiin on olemassa useita mittareita ja asteikkoja. Arviointiasteikkojen tärkeimpiä osa-alueita ovat fyysinen toiminta (motoriikka, liikkuminen, tasapaino, voima), kognitiivinen toiminta (muisti, kommunikaatio ja orientaatio), emotionaalinen toiminta (aloitekyky, mieliala, ahdistus) ja päivittäiset toiminnot (perus- ja instrumentaalitoiminnot). Tärkein iäkkäiden omatoimisuutta heikentävä tekijä sekä vanhuspalvelujen piiriin ajautumisen syy on heikentynyt kognitio. Kognition häiriöitä esiintyy aivojen rappeumasairauksissa, kuten Alzheimerin taudissa, Lewyn kappale taudissa, aivohalvauksen jälkeen ja verisuoniperäisessä dementiassa, Parkinsonin taudissa ja multippelissa skleroosissa (MS), niitä esiintyy myös psykoosisairauksissa, kuten skitsofreniassa, masennuksessa sekä aivotraumojen jälkitilassa (Tilvis ym. 2010, 78.)

Hoito- ja palvelutarpeeseen ovat yhteydessä iäkkäiden ihmisten kohdalla korkea ikä, leskeksi jääminen, yksinasuminen, naissukupuoli, heikoksi koettu terveys, monisairastavuus, pienet tulot, yksinäisyys ja masentuneisuus. Puutteelliset asuinympäristöt sekä lähipalvelujen ja julkisen liikenteen heikko saatavuus lisäävät myös palveluiden ja avun tarvetta

iäkkäiden ihmisten kohdalla. Iäkkäät ihmiset kokevat elämänlaatunsa heikommaksi, jos he kokevat tarvitsevänsä muiden apua (Wuolijoki 2012, 4.)

Päämääränä ikäihmisten kanssa työskennellessä on edistää asiakkaiden hyvinvointia ja toimintakykyä sekä lisätä elämänhallinnan- ja turvallisuudentunnetta (Wuolijoki 2012, 6). Ikäpolitiikan yleisenä tavoitteena pidetään ikäihmisten hyvinvoinnin edistämistä, itsenäistä selviytymistä ja hyvää hoitoa. Keskeisiä arvoja ovat itsemääräämisoikeus, tasa-arvoisuus, taloudellinen riippumattomuus ja turvallisuus (Myllymäki 2014, 7.) Itsemääräämisoikeus toteutuu, kun ikäihminen saa olla tasavertaisena toimijana ja osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Tämä tarkoittaa sitä, että ikäihmistä kuunnellaan ja hänen mielipiteitä arvostetaan (Myllymäki 2014, 9.)

Ikäihmisen toimintakyvyn heikentyessä hän joutuu usein turvautumaan ulkopuoliseen apuun, mutta tämä ei saisi heikentää hänen itsemääräämisoikeuttaan eikä vähentää hänen toimijuuttaan tai osallisuuttaan. Kotihoidossa ikäihmisen itsemääräämisoikeus tarkoittaa muun muassa sitä, että henkilökunta kunnioittaa ikäihmisen toiveita ja päätöksiä, vaikka ne joskus olisivatkin henkilökunnan näkemysten vastaisia. Ikäihmisillä on paljon omia kokemuksia ja mielipiteitä kerrottavana, kunhan työntekijät ovat valmiita niitä kuulemaan (Myllymäki 2014, 12.)

Ikäihmisten kanssa työskennellessä on tärkeää arvostaa heitä yksilöinä sekä olla aidolla tavalla kiinnostunut heidän elämästään. Osallisuuden lisääminen voi lisätä ikäihmisten itsetuntoa sekä kohentaa heidän mielenterveyttään sekä antaa tilaisuuden luottamuksen kehittymiselle. Osallisuuden syntyemisessä on tärkeässä asemassa vuorovaikutuksellinen yhteistoiminta, jossa ikäihminen voi jakaa mielipiteitään (Myllymäki 2014, 13.) Toimintakykyä määritellään myös toimintakyvyn kykyjen ja osaamisen käyttämiseksi, sosiaalisissa tilanteissa ja toimintakäytännöissä. Kykyjen ja osaamisen käyttö edellyttää sitä, että ikäihmiselle mahdollistetaan niiden käyttö tukemalla hänen osallisuuttaan. Sosiaalinen



osallisuus tuottaa ihmisille hyvinvointia ja terveyttä, koska osallisuus luo mielekästä merkitystä elämään (Myllymäki 2014, 20- 21.)

Todellinen osallisuus vanhustyössä sisältää myös vanhuksen vaikutusmahdollisuuden omien palveluiden sisältöön, organisoimiseen ja tuottamiseen. Toimijuus ja osallisuus ovat keskeisiä tekijöitä itsemääräämisoikeuden toteutumisessa. Itsemääräämisoikeus on oleellinen osa vanhuksen hyvinvointia ja elämänlaatua. Jotta todellinen itsemääräämisoikeus toteutuu, on päätösten lähdettävä vanhuksesta itsestään ja hänen arvomaailmastaan (Myllymäki 2014, 22- 23.) Meillä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla on velvollisuus huolehtia siitä, että ikäihmiset eivät jää vaille tarvitsemaansa hyvää hoitoa ja palvelua, ja että he voivat säilyttää ihmisarvonsa ja itsemääräämisoikeutensa sekä elää omien arvojen mukaisesti. Ikäihmisten hoidon nykytilaa ja kehittämistarpeita voimme arvioida pohtimalla, miten haluaisimme itseämme hoidettavan, kun olemme avun ja hoivan tarpeessa (Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan raportti 2008.)

### **3 KOTIHOITO NYT JA TULEVAISUUDESSA**

Kotihoidon palveluilla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaisia kotipalveluja ja kansanterveyslain (66/1972) tarkoittamaa kotisairaanhoitoa. Kotisairaalahoito on terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan määräaikaista, tehostettua kotisairaanhoitoa. Se voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa. Kotisairaalahoidossa annettavat lääkkeet ja hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon. Uudessa terveydenhuoltolaissa (1303/2014), joka astuu voimaan 1.4.2015 määritellään sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä. Terveydenhuollon ammattihenkilön on osallistuttava sosiaalihuollon toimenpiteestä yksilön palvelutarpeen arvioinnin tekemiseen ja asiakassuunnitelman laatimiseen.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastotutkimuksen mukaan säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli vuoden 2013 marraskuussa kaikkiaan 72 137. Asiakasmäärä nousi edellisestä vuodesta 2,3 prosenttia. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista 55 419 oli 75 vuotta täyttäneitä. Tämä oli 11,9 prosenttia koko maan 75 vuotta täyttäneestä väestöstä (Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2013.)

Säännöllisen kotihoidon asiakkaista 64,7 prosenttia sai tukipalveluja, kuten esimerkiksi ateria-, kuljetus- ja turvapalveluja. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista yli puolen (57,6 %) asiakkuus alkoi heti kotoa. Hieman yli neljännes (25,7 %) tuli säännöllisen kotihoidon asiakkaiksi kotiuduttuaan sairaalasta tai terveyskeskuksesta. Kotihoitoon tulon syy oli yleensä fyysinen syy tai vajavuus itsestä huolehtimiseen. Henkilökunnan arvion mukaan valtaosalle (84,1 %) asiakkaista kotihoito oli heille parhaiten sopiva hoitomuoto (Kotihoidon laskenta 2012.)

Kotihoito mahdollistaa kotona asumisen mahdollisimman pitkään alentuneesta toimintakyvystä ja terveydentilasta huolimatta. Sen tarkoituksena on ohjauksen, hoidon ja kuntouttavan työotteiden avulla turvata omassa kodissaan asuvien ikäihmisten tarvitsemat hoito- ja huolenpitopalvelut parhaalla mahdollisella tavalla. Ikäihmisen kokonaisvaltaiseen hoivaan kuuluvat perushoidon lisäksi myös psykososiaalinen tuki ja ohjaus; asiakkaan kuunteleminen, sosiaalisten suhteiden ylläpito ja emotionaalinen kannustus. Kotihoidon tavoitteena on tarjota laadukasta palvelua kotihoidon kriteerit täyttävälle asiakkaalle (Tuukkanen & Niiranen 2011, 4.)

Kotihoidon asiakkaaksi hakeudutaan ottamalla yhteyttä avopalveluohjaajaan. Palvelujen tarve tulee selvittää 75- vuotta täyttäneiden osalta seitsemän päivän kuluessa yhteydenotosta. Kiireellisissä tapauksissa palvelujen tarve on arvioitava välittömästi (sosiaalihuoltolaki 1982 § 40.) Kotihoidon tarve arvioidaan yksilöllisesti yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa (Tuukkanen & 2011, 4).

### 3.1 Kotihoidon palvelukokonaisuus ja yhteistyö

Kotihoidon palvelukokonaisuus muodostuu kotipalvelusta, kotisairaanhoidosta sekä kotihoidon tukipalveluista. Kotihoidon tukipalveluita ovat päivätoiminta, ateriat ja kauppalpalvelut sekä kuljetus-, sauna-, turva- ja siivouspalvelut. Kotihoitoa toteutetaan päivittäin klo 7-22 välisenä aikana sekä yöllä klo 22- 07, säännöllisinä sekä tarvittavina palveluina . Palvelujen saatavuudessa huomioidaan alueelliset toteuttamismahdollisuudet. Kotihoito voi olla joko tilapäistä tai säännöllistä. Säännöllisellä kotihoidolla tarkoitetaan vähintään kerran viikossa saatavaa palvelua. Kotihoidon palveluista peritään asiakasmaksu. Säännöllisen kotihoidon kuukausimaksu perustuu asiakasmaksuasetukseen (Tuukkanen & 2011, 5.)

Säännöllisestä kotihoidosta tehdään yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelma kuukauden kuluessa palvelun aloittamisesta. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa tarkistetaan tarpeen mukaan aina asiakkaan tilanteen muuttuessa, mutta vähintään kerran vuodessa. Kotihoidon asiakkaalle, jolle on laadittu hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelma, nimetään aluetiimi ja mahdollinen vastuuhoitaja. He seuraavat ja arvioivat yhdessä asiakkaan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumista (Tuukkanen & 2011, 5.)

Vastuuhoitajan tehtävänä on tukea iäkästä henkilöä palvelujen ja etuuksien hakemiseen. Hänen kuuluu seurata, että asiakkaan palvelut toteutuvat laadukkaasti ja oikea-aikaisesti. Asiakkaan palvelusuunnitelman toteutumista arvioidaan säännöllisesti sekä varmistetaan, että asiakasta koskeva tieto kulkee eri tahojen välillä (Laatusuositus 2013, 51.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa valtakunnalliseksi tavoitteeksi asetettiin, että 75- vuotta täyttäneistä henkilöistä 13 – 14 prosenttia saisi säännöllistä kotihoitoa vuonna 2017 (Laatusuositus 2013, 39).

### 3.2 Kotihoidon tulevaisuuden näkymiä

Niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin iäkkään väestön hoito ja palvelu on tullut yhä merkittävämpään rooliin ja tärkeämmäksi. Ikäpolitiikassa on voimakkaasti korostettu ”aging in place” – ajattelua, joka tarkoittaa sitä, että ikäihmiset asuvat omissa kodeissaan mahdollisimman pitkään ja saavat palvelut sinne. Kotihoidon palvelujen lisäämisessä on painotettu seuraavia tekijöitä; yksilön vapauden ja itsenäisyyden merkitystä, ikäihmisten toiveita elää omissa kodeissaan mahdollisimman pitkään, sekä laitoshoidon kustannusten hillitsemistä yhteiskunnassa. Samansuuntainen kehitys on todentunut myös Suomessa. Kotona asumisen mahdollistaminen merkitsee ikäihmiselle arvokkaan elämän kokemista. Mielekkään ja toimintakykyyn suhteutetun tekemisen järjestäminen on tärkeää, oikeiden apuvälineiden hankkiminen ja ikäihmisen tarpeisiin nähden riittävän avun ja tuen järjestäminen auttavat ikäihmistä sopeutumaan toimintakyvyn muutoksiin. On merkityksellistä, että ikäihminen on itse mukana suunnittelemassa apunsa järjestämistä (Hassi 2005, 22-23.)

Tulevaisuudessa asiakkuuden toisessa ääripäässä ovat toimintakyvyltään hyväkuntoiset, palvelutietoiset ja varakkaat asiakkaat. Asiakkaiden tietotason kohoamisen myötä heidän kriittisyytensä ja vaatimustasonsa terveyspalvelujen suhteen tulevat nousemaan. Toista ääripäätä edustavat toimintakyvyltään heikot, pitkäaikaissairaat, yksinäiset, syrjäytyneet, mielenterveys-ongelmista ja lähinnä masennuksesta kärsivät ikäihmiset. Tulevaisuuden ikäihmisillä tulee olemaan monia sosiaalisia ongelmia kuten päihteiden käyttöä (Hassi 2005, 75.)

Ikäihmisten merkittävimmät terveyttä ja toimintakykyä heikentävät syyt Suomessa ovat sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, tulehdukset, sekavuus, masentuneisuus, polyfarmasia, tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet, dementia ja parkinsonismi (Hassi 2005, 87). Iäkkään henkilön kohtaamiseen asiantuntijat arvioivat tarvittavan yksilöllisyyden ja

ikäihmisen elämän ymmärtämistä, kuuntelemisen taitoa, aitoa läsnäoloa, välittämistä, rakkaudenosoittamiskykyä sekä vastuuta aikataulujen noudattamisesta (Hassi 2005, 95).

Eettiset kysymykset painottuvat vanhustyössä, koska ilman niiden huomioon ottamista toimintakyvyltään heikentyneen, iäkkään henkilön ihmisarvon kunnioittaminen voi olla vaarassa. Koska iäkäs asiakas kohtaa kotihoidossa useita eri toimijoita, on erityisen tärkeää, että näillä toimijoilla on yhteinen eettinen perusta (Hassi 2005, 111.) Kotihoidon asiakkaita ja omaisia tulee hyödyntää asiantuntijoina ja osallistaa heitä palvelujen kehitystyöhön järjestämällä esimerkiksi yhteisiä asiakaspaneeleita. Lähtökohtana tänä päivänä palveluntuotannon kehittämisessä on käyttäjälähtöisyys. Kehitystyö alkaa havaittujen kehityshaasteiden tunnistamisesta. Haasteisiin pyritään löytämään ratkaisut yhdessä käyttäjien ja palveluntuottajien kanssa. Tulevaisuudessa neuvonnan ja palveluohjauksen toimintamallin tarkoitus on tarjota ikäihmisille näiden kotona selviytymisen tueksi tarvitsemat tiedot ja palvelut, mikä edellyttää yhteistyötä hyvin laajan toimijaverkoston kanssa (Tekes 2014, 12.)

Hoitotyön ammattilaisten koulutus – ja kehittämistarpeet tänä päivänä kohdistuvat korostetusti kotihoidon diabetesasiakkaiden hoitamiseen. Kotihoidon palvelujen kohdistuessa entistä iäkkäämpään ja sairaampaan väestöön edellytetään henkilökunnalta tietotaitoa myös diabeteksestä. Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalan koulutus tulee sisältämään nykyistä enemmän diabeteksen hoitoa sairauden vallitsevuuden ja määrän kasvun vuoksi (Koski & Dehko 2009.)

Mikäli asiakas kokee saavansa tarvitsemansa tuen ja palvelut ajallaan myös tulevaisuudessa ja samalla tuntee olonsa turvalliseksi kotonaan, hän ei hakeudu päivystyspalvelujen piiriin. Palvelutarpeen selvittämisessä ja palveluntuotannon suunnittelussa keskitytään asiakkaan omien voimavarojen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen sekä todellisten tarpeiden ja toiveiden tunnistamiseen (Tekes 2014, 41- 42.) Palveluohjauksen tueksi on kunnissa kerätty tietoa alueella toimivista yhdistyksistä, järjestöistä ja yksityisistä palveluntuottajista.

Yksityisten ja kolmannen sektorin palvelujen kartoittaminen palveluohjauksen tueksi mahdollistaa myös itse maksettavien palveluiden hyödyntämisen. Julkisrahoitteisesti tuotettuja lakisääteisiä palveluita tullaan tulevaisuudessa kohdistamaan ensisijaisesti niitä kipeimmin tarvitseville asiakkaille (Tekes 2014, 43. )

## 4 DIABETES – DIAGNOSTIIKKA, OIREET JA HOITO

Noin 60 miljoonaa ihmistä sairastaa diabetesta Euroopan alueella (World health organization 2014). Koko maailmassa on arvioitu olevan noin 300 miljoonaa diabetesta sairastavaa ihmistä, joista valtaosa eli 80–90 % sairastaa tyypin 2 diabetesta. Vaikka tyypin 2 diabetes on yleisempi vanhemmissa ikäluokissa, niin sitä on todettu lisääntyvästi jopa murrosikäisillä nuorilla viime vuosina. Diabetesta sairastavien kokonaismäärän ennustetaan kohoavan jopa 440 miljoonaan vuoteen 2030 mennessä ja taudin yleistyvän erityisesti kehitysmaissa (Saraheimo & Sane 2011.) Diabetesta sairastaa jo yli 500 000 suomalaista (osa tietämättään), varsinaisesti 300 000 henkilöllä sairaus on jo diagnosoitu ja sen hoitokustannusten osuus Suomen terveydenhuollon kokonaismenoista on 15 %. Sairastuneiden määrä voi ennusteen mukaan jopa kaksinkertaistua seuraavien 10–15 vuoden aikana (Käypä hoito 2013.)

Maa­ilman­laajuisesti korkea verensokeri on syynä kuolemaan noin 3,4 miljoonalla henkilöllä vuosittain. Noin 80% näistä kuolemantapauksista tapahtuu matala- ja keskituloisissa maissa ja melkein puolet tapauksista on alle 70 vuoden ikäisiä. WHO:n tutkimusprojektin mukaan kuolemantapaukset kaksinkertaistuvat vuosien 2005- 2030 aikana (World health organization 2014.)

Yleistymisen syynä on runsasenerginen ravinto, erityisesti liian rasvaisen ja sokeripitoisen ravinnon sekä vähäisen liikunnan aiheuttama painonnousu ja väestön ikääntyminen sekä

arkiliikunnan vähentyminen. Diabetes on eräs nopeimmin lisääntyvistä sairauksista Suomessa ja maailmassa. Lasten diabetes on Suomessa yleisempää kuin missään muualla. Tyypin 1 diabeetikkojen lukumäärä lisääntyy noin 3 prosenttia vuodessa. Syytä tyypin 1 yleistymiseen ei tunneta, mutta asiaa tutkitaan jatkuvasti. Tyypin 2 diabeteksen lisääntyminen on ollut erityisen voimakasta viime vuosikymmeninä (Saraheimo & Sane 2011.)

Salmela toteaa väitöskirjassaan, että vaikka henkilön riski sairastumiseen on korkea, hän ei aina koe tarvetta turvautua ammattilaisen tukeen. Tulosten mukaan vain 40 % korkean riskin henkilöistä koki tarvitsevansa ammattiapua elintapojensa muuttamiseen. Naisista ammattilaisen elintapaohjausta kaipasi noin puolet, mutta miehistä vain noin kolmannes (Salmela 2012.)

#### 4.1 Diabetes sairautena

Diabetes on aineenvaihdunnan häiriö, joka ilmenee kohonneena veren glukoosipitoisuutena. Se johtuu joko insuliinihormonin puutteesta tai sen heikentyneestä toiminnasta tai molemmista. Toisin sanoen diabetes on joukko eriasteisia sairauksia, joille yhteistä on kohonneena veren sokeripitoisuutena ilmenevä energia-aineenvaihdunnan häiriö. Ne jaetaan kahteen eri päämuotoon, tyypin 1 diabetekseen ja tyypin 2 diabetekseen (Saraheimo 2011.)

Aineenvaihduntahäiriö diabeteksessa aiheutuu joko haiman insuliinia tuottavien solujen tuhoutumisesta ja siitä johtuvasta insuliinin puutteesta (tyypin 1 diabetes) tai insuliinin vaikutuksen heikentymisestä eli insuliiniresistenssistä ja tarpeeseen nähden riittämättömästä insuliininerityksestä (tyypin 2 diabetes). Diabeteksessa perimmäisiä ongelmia ovat glukoosin aineenvaihdunta, joka on elämälle välttämätöntä kudosten energia-aineenvaihduntaa ja jota ilman elämä ei voi jatkua. Aineenvaihduntahäiriön seurauksena valkuaisaineiden rakenne ja toiminnot häiriintyvät liiallisen sokerimäärän vuoksi, sekä rasva-aineen

vaihdunnan häiriöiden seurauksena valtimot ahtautuvat tavanomaista herkemmin (Saraheimo 2011.)

Diabetekseen liittyy lisäsairauksia, jotka kehittyvät hiljalleen vuosien kuluessa. Useimmat niistä johtuvat suurentuneesta veren sokeripitoisuudesta. Suuri verensokeripitoisuus vahingoittaa pieniä verisuonia ja valtimoita, minkä seurauksena tiettyjen elinten toiminta voi häiriintyä vakavasti. Seurauksena voi olla silmän verkkokalvosairaus eli retinopatia, joka ajan mittaan heikentää näköä, mutta diabetes lisää useiden muidenkin silmätautien esiintyvyyttä. Vanhuusiän kaihi tulee diabeetikoille muita nuorempina, ja diabetes on myös glaukooman riskitekijä. Noin puolella kaikista diabeetikoista esiintyy retinopatiaa ja 10 prosentilla on näköä uhkaavia muutoksia (Summanen 2009.)

Toinen merkittävä lisäsairaus on munuaissairaus eli nefropatia. Se ilmenee virtsan valkuaismäärän suurenemisena. Vuosien kuluessa sairaus voi aiheuttaa vaikean munuaisen vajaatoiminnan. Kolmas merkittävä lisäsairaus on ääreishermoston häiriö eli neuropatia, joka ilmenee erityisesti alaraajoissa. Sen oireita ovat jalkojen särky ja jalkojen tunnottomuus. Tuntoaistin ja heikentyneen verenkierron seurauksena jalkoihin voi syntyä pitkäaikaisia ja vaikeasti hoidettavia haavaumia ja tulehduksia (Mustajoki 2014.)

Lisäsairaudet liittyvät sekä tyypin 1 että tyypin 2 diabetekseen. Niiden lisäksi diabeteksesä esiintyy tavallista enemmän valtimotautia ja siihen liittyviä sairauksia, kuten sydäninfarkteja ja aivoverenkierron häiriöitä. Näiden vaara on diabetesta sairastavalla 2–3 kertaa suurempi kuin muilla. Siksi valtimotaudin ehkäisy on keskeinen osa diabeteksen hoitoa (Mustajoki 2014.) Diabeteksen hoidon päätavoite on saada verensokeri riittävän alas, lähelle normaalitasoa. Verensokeriin vaikuttavat ruokavalio ja liikunta ja sitä voidaan alentaa diabeteslääkkeillä. Niitä ovat insuliini ja suun kautta käytettävät lääkkeet.

Tyypin 1 diabeteksessa insuliini on ainoa diabeteslääke alusta lähtien. Tyypin 2 diabeteksessa, jos se todetaan tarpeeksi varhain, ei lääkehoitoa alussa tarvita lainkaan, jos laihduttaminen ja liikunnan lisääminen pitävät verensokerin normaalina. Tarvittaessa mukaan lisätään suun kautta käytettäviä lääkkeitä (Mustajoki 2014.)



Jos virtsan valkuaisen erityys todetaan suurentuneeksi, munuaissairauden etenemistä estetään mahdollisimman tehokkaalla verenpaineen ja diabeteksen hoidolla. Jalkahaavaumien ja -tulehdusten ehkäisemiseksi voidaan pyytää jalkojenhoitajan antamaa ohjausta ja hoitoa. Jotta diabeteksen lisäsairauksien ilmaantuminen voitaisiin havaita tarpeeksi ajoissa, asiakkaille tehdään säännöllisiä tutkimuksia. Näihin kuuluvat silmänpohjien valokuvaus, virtsan valkuaisen tutkiminen, neuropatian oireiden seuraaminen ja diabeteshoitajan tai lääkärin suorittama jalkojen kunnon tarkastus (Mustajoki 2014.)

Pitemmälle edennyttä verkkokalvosairautta silmälääkäri hoitaa laserhoidoilla. Verkkokalvoon tehdään laserilla pieniä polttojälkiä parantamaan verkkokalvon hapensaantia. Hoito kestää muutamasta minuutista puoleen tuntiin. Laserhoidon teho säilyy parhaimmillaan jopa vuosikymmeniä. Jos laserhoito ei auta, näkö voidaan joskus pelastaa lasiaisleikkauksella, jossa silmästä poistetaan hyytelömäinen lasiainen. Sen tilalle tulee läpinäkyvää nestettä silmän omasta nestekierrosta. Joskus tilalle voidaan laittaa esimerkiksi silikoniöljyä. Onnistuneen lasiaisleikkauksen jälkeen näkökyky voi säilyä hyvänä jopa vuosikymmeniä. Suomessa diabeteksen aiheuttama näkövamma voidaan onneksi useimmiten estää. Diabeteksestä aiheutuva sokeutuminen väheni puoleen vuosien 1990 – 2000 välillä. Myönteinen kehitys on jatkunut siitä eteenpäin (Manneri 2014, 36.)

## 4.2 Diabetesasiakkaan terveydentilan seuranta ja hoito

Ikään liittyvien muutosten seurauksena iho ohenee ja sen joustavuus vähenee. Iho muuttuu kuivaksi, hilseileväksi ja altistuu tulehduksille. Diabetes ja varsinkin huono sokeritasapaino, altistaa ihon bakteeri-, virus- ja sienitulehduksille. Ihon hoidon yhteydessä on tärkeää tutkia kaikki ihopoimut, kuten kainalot, rinnanalukset, nivustaipeet ja varvasvälit, koska niissä hiivasienen kasvu on aika yleistä. Rintaliivien käytön ikääntyneillä naisilla on todettu estävän ihotulehdusten syntymistä rintojen alle (Aro, Huhtanen, Ilanne-Parikka, Kokkonen 2010, 23- 24.)

Diabetesasiakkaan tavallisimpia suuongelmia ovat ien- ja sienitulehdukset. Hampaiden pinnalle kertyvä plakki ja hammaskivi lisäävät ientulehduksen muodostumista. Tulehtunut ien on punoittava, turvonnut ja vuotaa helposti verta. Syljen erityksen väheneminen ja koostumuksen muuttuminen sekä ienkudoksen alentunut vastustuskyky altistavat sienitulehduksille, samoin korkea verensokeri. Hampaiden ja suun säännöllinen tarkastus ja huolellinen hoito ovat tärkeä osa-alue asiakkaan kokonaisvaltaisessa terveydenhoidossa (Aro ym. 2010, 24.)

Diabetesasiakkaille suositellaan influenssa- ja pneumokokkirokotuksia iästä riippumatta. Pneumokokkirokotus on erityisen tärkeä kaikille yli 65-vuotiaille, koska keuhkokuumeen ja muiden pneumokokkitulehdusten vaara on lisääntynyt erityisesti iäkkäillä ihmisillä, joilla on krooninen sairaus kuten munuaisten- tai sydämen vajaatoiminta sekä diabetes. Diabetesasiakkaat eivät saa pneumokokkirokotusta maksutta, vaan rokote pitää itse ostaa apteekista. Ostamiseen tarvitaan lääkärin allekirjoittama lääkemääräys. Pneumokokkirokotusta ei tarvitse uusia (Aro ym. 2010, 27.)

Iho-ongelmien yhteydessä on hyvä tarkistaa sinkin riittävä saanti. Riittävän raudan, magnesiumin, kalsiumin ja C-vitamiinin saantiin tulee kiinnittää huomiota. Diabeteslääkkeistä metformiini voi heikentää foolihapon ja B12-vitamiinin imeytymistä. Jos hoitona on metformiini, kannattaa foolihapon ja B12-vitamiinin pitoisuudet tarkistaa esimerkiksi kahden vuoden välein. Samoin silloin, jos potilaalla todetaan anemia tai neuropatia (Aro ym. 2010, 33- 35.)

Pitkäaikainen huono hoitotasapaino sekä veren kohonneet rasva-arvot, korkea verenpaine ja tupakointi kiihdyttävät verisuoniahtaumien syntymistä suonissa. Jalkojen verenkierron heikentyminen voi johtaa vakavaan verenkierron ja hapen puutteeseen eli iskemiaan. Iskemian oireita ovat lepokivut, haavaumat sekä pahimmassa tapauksessa kuolio. Iskemiaa epäiltäessä asiakas on välittömästi lähetettävä verisuonikirurgin hoitoon (Aro ym. 2010, 41.)

Ellei diabetesasiakkaan sokeritasapainoa ja verenpainetta saada kuriin, munuaisten toiminnan huononemista on vaikea hillitä. Tyypin 1 diabeetikoista 20–30 prosentilla todetaan munuaisten vajaatoiminta. Näistä joka toisella se etenee krooniseksi munuaistaudiksi parinkymmenen vuoden kuluessa. Jos munuaisten toiminta heikkenee niin paljon, että kehon nestetasapaino ja puhdistustoiminta ovat vaarassa, hoitona on tällöin dialyysi. Dialyysi puhdistaa elimistöä kuona-aineista ja korjaa nestetasapainoa. Dialyysin lisäksi tarvitaan aina myös lääkehoitoa ja tarkka ruokavalio. Dialyysin vaihtoehtona voi olla munuaisten siirto. Keskimääräinen odotusaika on yli vuoden. Sahan mukaan tyypin 1 diabeetikoista 2/3 pääsee siirtolistalle ja saa uuden munuaisten (Saha 2014, 55.)

Kun asiakkaalla on korkea verensokeripitoisuus ja ketoaineita ilmaantuu virtsaan tai vへreen, on se merkki insuliinin puutteesta. Silloin kun elimistössä on liian vähän insuliinia, elimistö ei pysty käyttämään sokeria energian lähteenä, vaan alkaa polttaa rasvoja tähän tarkoitukseen. Jos insuliinin puutetta ei korjata lisäinsuliinilla, tilanne voi johtaa hengenvaaralliseen happomyrkytykseen. Tila vaatii aina sairaalahoitoa ja insuliinia sekä terveydentilan seurantaa (Aro ym. 2010, 62 -64.)

Diabetesasiakkaan näkö ja silmänpohjat on hyvä tutkia 1-3 vuoden välein riippuen aikaisemmasta kuvaustuloksesta ja sokeritasapainosta. Ikäihmisen painonnousua voi aiheuttaa nesteen kertyminen elimistöön esimerkiksi sydämen tai munuaisten vajaatoiminnan tai jonkin lääkkeen takia. Tällöin kannattaa tarkistaa asiakkaan kokonaistilanne ja lääkitys. Liian matalan verensokerin oireita ovat nälkä, heikotus, hikoilu, kalpeus, näköhäiriöt, ärtyisyys ja aggressiivisuus. Oireena saattaa olla myös väsymys, hitaus ja sekavuus. Ellei matalaa verensokeria korjata välittömästi syömällä tai juomalla, seurauksena voi olla matalasta verensokerista johtuva tajuttomuus eli sokki. Tajuttomalle ei saa antaa suun kautta ravintoa, vaan tilanne korjataan suoneen annettavalla sokeriliuoksella tai glukagonipistoksella (Aro ym. 2010, 66- 68.)

Taulukko 1. Diabeetikon arviokäynnin sisältö (Käypä hoito 2013)

3–6 kuukauden välein	Vuosittain	1–3 vuoden välein
Omahoidon toteutuminen, hoitoväsymys	Kreatiniinipitoisuus, laskennallinen glomerulusten suodatusnopeus (eGFR)	ALAT (maksa-arvo)
HbA1c	Mikroalbuminuria	Lipidit
Hypoglykemat (glukoositaso, jolla oireita), ketoasidoosit	Jalkojen kunto	Silmänpohjakuvaus
Paino, liikunta, elintavat	Hampaat	Aikuisilla EKG ja fyysisen suori-tuskyvyn muutokset
Pistospaikat	RR ja P	
Jalkojen tutkiminen (riski-jalat)	PVK	
P-K ja Na verenpainelääkitystä käyttäviltä		
Ajoterveys		(yksilöllisesti)

Taulukossa kerrotaan diabetesasiakkaan laajasta terveydentilaa koskevasta seurannasta. Hyvässä hoitotasapainossa olevia diabeetikoita tulee seurata 3–6 kuukauden välein vähintään HbA<sub>1c</sub>-mittauksin. Lievää diabetesta sairastavalle voi riittää seuranta 6–12 kuukauden välein. Seurantakäynnit sovitaan aina yksilöllisesti siten, että otetaan huomioon muun muassa diabeteksen kesto ja potilaan ikä. Ellei hoitotasapainoa ole vielä saavutettu, suositellaan seuranta 2–4 kuukauden välein tai tarvittaessa vielä useammin. Kerran vuodessa tehdään laajempi tarkastus (Käypä hoito 2013.)

Väestön vanhetessa yhä useampi sairastaa diabetesta. Sen esiintyvyys ikäihmisillä on yli 20 %. Diabeteksen kliininen kuva saattaa olla varsin epätyypillinen ikäihmisellä ja sen hoitoon liittyy huomioon otettavia erityispiirteitä, esimerkiksi potilaan mahdollinen hauraus-raihnausoireyhtymä. Iästä riippumatta diabeteksen hoidon kulmakivi on aina yksilöllisesti suunniteltu ja toteutettu hoito.

Hypoglykemioihin tulee kiinnittää erityistä huomiota, sillä niitä esiintyy enemmän vanhuksilla kuin nuoremmilla. Hypoglykemia voi altistaa dementialle, sydän- ja verisuonitapahtumille ja ennenaikaiselle kuolemalle (Eriksson & Strandberg 2014).

### 4.3 Lääkehoito

Diabeteksen hoidon tavoitteena on jokapäiväinen hyvinvointi ja oireettomuus. Hyvällä hoidolla voidaan ehkäistä lisäsairauksia tai hidastaa niiden etenemistä. Tyypin 1 diabetekseen voi sairastua minkä ikäisenä tahansa, myös ikääntyneenä. Silloin insuliinihoito aloitetaan heti. Muuten lääke- ja insuliinihoidon aloitus arvioidaan yksilöllisesti. Diabeteksen hoidossa käytettävät lääkkeet laskevat verensokeria eri mekanismien kautta. Hoitotavoitteisiin pääseminen voi vaatia eri mekanismilla vaikuttavan lääkevalmisteen tai tablettien ja insuliinin yhdistämistä (Aro ym. 2010, 50.)

Metformiini ei vaikuta insuliinineritykseen, mutta parantaa insuliinin vaikutusta elimistössä. Se estää maksan sokerintuotantoa ja korjaa lihaskudoksen insuliiniherkkyyttä. Pitkäaikaisessa käytössä metformiini voi aiheuttaa B12- vitamiinin puutosta elimistössä.

Glitasoni lisää insuliiniherkkyyttä ja sitä voidaan käyttää iäkkäiden ihmisten hoidossa. Sitä voidaan käyttää myös silloin, kun potilaalla on munuaisten vajaatoiminta, mutta ei silloin, jos potilaalla on sydämen vajaatoimintaa tai osteoporoosia (Aro ym. 2010, 51.)

Sulfonyyliureahoitoa esimerkiksi glimepiridia, glipitsidia tai glibenklamidia aloitettaessa huomioidaan iäkkäiden ruokailurytmi ja liikunta. Lääkkeet ovat pitkävaikutteisia ja vaativat säännöllistä ruokailua (Aro ym. 2010, 52).

Iäkkään insuliinihoito on joko tilapäinen tai pysyvä vaihtoehto, jos ruokavalio, liikunta ja tablettihoito eivät riitä pitämään verensokeria tavoitetasolla. Tilapäistä insuliinihoitoa tarvitaan vaikeiden tulehdustautien, sydän- tai aivoinfarktin, kortisonihoidon tai vaikean munuaisten vajaatoiminnan yhteydessä. Pysyvä insuliinihoito on silloin aiheellinen, kun haiman oma insuliinintuotanto on puutteellinen tai jos se on vuosien kuluessa ehtynyt. Ennen insuliinihoidon aloitusta on aina punnittava hoidon haitat ja hyödyt (Aro ym. 2010, 53).

Diabetesliiton mukaan suurin osa diabeteksen hoitoon käytetyistä rahoista menee "tulipalojen" sammuttamiseen. Diabeteksesta aiheutuneet liitännäissairaudet aiheuttavat eniten kuluja sekä elämänlaadun heikentymistä potilaille. "Olisi järkevää lisätä rahaa ennaltaehkäisyyn, jotta kalliita liitännäissairauksia saataisiin vähennettyä", sanoo Diabetesliiton projektipäällikkö Sari Koski (Pirskanen 2014).

#### 4.4 Ohjaus ja omahoito

Päävastuu diabeteksen hoidosta ja sen seurannasta on asiakkaalla itsellään. Hän tietää ja tuntee omat voimavaransa ja kykynsä diabeteksen hoidossa. Se, miten hän onnistuu omahoidossa ja on valmis käyttämään annettua tietoa riippuu myös siitä, miten hoidonohjausta annetaan. Hoidonohjauksen tulisi olla monipuolista ja asiakaslähtöistä yhteistyötä diabeetikon kanssa. On välttämätöntä, että hoidonohjausta tarjotaan heti diabetekseen sairastuneelle (Lind & Talvitie 2012, 12.)

Lääkärit ja hoitajat tuovat hoitosuhteeseen teoriatietoa hoidon perusteista, ja antavat yksilöllisesti myös käytännön ohjeita hoidon suunnitteluun ja toteuttamiseen. Perhe ja läheiset vaikuttavat osaltaan hoidon onnistumiseen tukemalla ja auttamalla jaksamaan (Lind & Talvitie 2012, 13.)

Käytännössä omahoidon tukemista toteutetaan esimerkiksi varmistamalla hoitoon ja hoidon seurantaan liittyvien apuvälineiden saatavuutta sekä panostamalla riittävän tiedon välittämiseen. Diabeteksen hoitoa toteutetaan tasaveroisessa vuorovaikutussuhteessa terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan välillä. Tärkeää on myös vertaistoiminnan kehittäminen. Tavoitteena on varmistaa, että jokainen diabetesta sairastava henkilö saa riittävästi hoidonohjausta sekä voi osallistua oman hoitonsa suunnitteluun (Lind & Talvitie 2012, 14.)

Riittävä, ymmärrettävä ja käytännönläheinen tieto auttaa asiakasta osallistumaan omaan hoitoonsa ja tekemään perusteltuja päätöksiä (Lind & Talvitie 2012, 20). Hyvä ohjaus on tasavertaista asiantuntijakeskustelua, jossa ohjattava on oman elämänsä asiantuntija ja ohjaaja tuntee teoreettisen tiedon (Lind & Talvitie 2012, 21). Jotta sairauden kanssa selviää, on hyvä rakentaa jatkuva hoitosuhde asiakkaan kanssa. Diabetesta sairastavalle henkilölle kerrotaan myös, mihin hän tarvittaessa voi ottaa yhteyttä (Rovaharju 2012, 22.) Omatoimisen hoidon ja terveystottumusten muuttamisen rooli kasvaa koko ajan tulevaisuudessa, ja tähän terveydenhuollossa tulee panostaa enemmän (Salmela 2012).

Vertaistukitoiminta on tärkeää yhdessäoloa. Toisten kanssa voi esimerkiksi keskustella sairaudesta, hoidosta ja ongelmatilanteista. Ylitsepääsemättömät ongelmat voivat olla hyvinkin ratkaistavissa. Vertaisten lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat tuoda uutta näkökulmaa omahoitoon. Läheinen tukiverkosto, perhe ja ystävät ovat myös tärkeä tuki. Perheen tuen merkitys tulee esille esimerkiksi siinä, miten asiakkaat ruokailevat tai harrastavat liikuntaa (Rovaharju 2012, 22.)

Diabetesta pitää torjua muutenkin, kuin vain terveydenhuollossa, esimerkiksi vaikuttamalla perheiden ravintovalintoihin ja pitämällä liikuntareittejä saatavilla (Salmela 2012.) Liikkuvuuden säilyttäminen on oleellista itsenäisessä ja aktiivisessa elämäntyyliä, sillä diabetes usein lisää ikäihmisten alttiutta liikkumisen vähentämiseen. Terveystottumusten ponnistukset ennaltaehkäistä liikkumisen vähenemistä tuottavat varmasti tuloksia myös diabeetikoille (Randolph 2013.)

#### 4.5 Hoidon edistysaskeleet ja kehittämistarpeet

Diabeteksen hoito on edistynyt paljon viime vuosikymmenten aikana. Erityisesti 1980-luku ja sen jälkeinen aika on mullistanut diabeteksen hoidon. Tärkeimpiin edistysaskeliin kuuluvat verensokerimittareiden käyttöönotto omaseurannassa, ihmisinsuliini ja insuliini-

nianalogit sekä pitkäaikaista verensokeritasapainoa kuvaavan HbA<sub>1c</sub>:n määrittämisen käynnistäminen (Suomen diabetesliitto 2012.) Verensokerin mittaamiseen ja säätelyyn liittyvä kehitys on ollut erityisen merkittävää, sillä yhdysvaltalaisessa *The Diabetes Control and Complication Trial*- tutkimuksessa osoitettiin ensimmäisen kerran kiistatta tiukan glukoositasapainon vaikutus diabeettisten mikrovaskulaaritautien eli pienten verisuonten tautien ehkäisyssä (Harjutsalo 2012, 7.)

Lisäksi käyttöön on tullut tehokkaita verenpainelääkkeitä, erityisesti reniiniangiotensiini-järjestelmän toimintaan vaikuttavat lääkkeet, sekä statiinit rasva-aineenvaihdunnan häiriöiden hoitoon. Käyttöaiheita näille valmisteille on muun muassa kohonnut verenpaine ja sydämen vajaatoiminta (Harjutsalo 2012, 7.)

PRAC (Euroopan lääkeviraston lääketurvallisuuden riskinarviointikomitea) ei suosittele minkään näiden valmisteiden yhdistämistä toisiinsa. Varsinkin jos potilaalla on diabeteksen aiheuttama munuaisten toimintahäiriö, angiotensiinireseptorin salpaajaa ja ACE-estäjää ei tule antaa samanaikaisesti. Jos tällainen yhdistelmä kuitenkin on välttämätön hoidon toteuttamiseksi, se tulee tehdä erikoislääkärin valvonnassa seuraten säännöllisesti munuaisten toimintaa, nestetasapainoa ja verenpainetta (Lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus Fimea 2014.)

Diabeteksen hoidon suuria edistysaskeleita ovat olleet muun muassa insuliinipumppujen ja munuaisvaurioita ehkäisevän lääkityksen kehittyminen (Hyvärinen 2014, 43).

Insuliinipumppuhoito on yleistynyt hoitomuoto, joka oikein suunnattuna voi parantaa diabetesta sairastavien potilaiden hoitotasapainoa (HbA<sub>1c</sub>-arvoa, tavoite alle 53 mmol/mol 7%, eli pitkäaikaista verensokeritasoa kuvaava sokerihemoglobiini) parantamalla ja vähentämällä hypoglykemioita. Korkea HbA<sub>1c</sub> kertoo kohonneesta riskistä saada diabeteksen lisäsairauksia. HbA<sub>1c</sub> tutkitaan yleensä 3–6 kuukauden välein (Diabetesliitto 2014.)

Insuliinipumppuhoitoa on käytetty 1970-luvulta alkaen etenkin tyypin 1 diabeteksessa, ja sen käyttö on vähitellen lisääntynyt. Insuliinipumppuhoidossa pikavaikutteista insuliinia annetaan ihon alle jatkuvana infuusiona. Ateriainsuliinit saadaan erillisinä boluksina pie-



nikokoisesta laitteesta katetrin avulla; tämä jäljittelee haiman fysiologista insuliinineritystä. Koska pumppuhoito on 3-4 kertaa niin kallista kuin monipistoshoido, on oleellista kohdentaa pumppuhoito siitä hyötyville potilaille (Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2013.)

Huolimatta merkittävistä hoidollisista edistysaskeleista, tyypin 1 diabeetikoiden keskimääräinen hoitotasapaino on glykohemoglobiinin (HbA<sub>1c</sub>) valossa yhtä huonolla tasolla kuin 20 vuotta sitten. Tyypin 1 diabeetikoista puolella HbA<sub>1c</sub> ylittää pitoisuuden 8,5 %/70 mmol/mol, mikä heikentää elämänlaatua ja lisää liitännäissairauksien riskiä. Vaikka liitännäissairauksien vaikeimmat muodot (uremia, sokeutuminen ja amputaatiot) on saatu vähenemään tai siirtymään myöhäisemmäksi, niiden ilmaantuvuus ei ole vähentynyt (Tuomi & Saraheimo 2014).

Suomen lääkärilehden mukaan Yhdysvaltain FDA (elintarvike- ja lääkevirasto) on hyväksynyt inhaloitavan eli hengitettävän Afrezza- ihmisinsuliinin jauheena tyypin 1- ja tyypin 2- diabeteksen hoitoon. Lääke soveltuu käytettäväksi ennen aterioita. Sen rinnalla tyypin 1-diabeetikot tarvitsevat myös pitkävaikutteista insuliinia ja tyypin 2 diabeetikot tablettihoitoa. Lääkkeen turvallisuutta ja vaikutusta koskevia tutkimuksia laajennetaan markkinoille tulon yhteydessä diabetesta sairastaviin lapsiin. Samalla selvitetään lääkkeen mahdollista yhteyttä pahanlaatuisten keuhkosairauksien puhkeamiseen (Diabeteslehti 2014, 6.)

Kun diabeetikoiden määrä lisääntyy vuosi vuodelta, terveydenhuollon ammattilaisten on välttämätöntä saada yhä enemmän tietoa diabeteksestä sairautena, diabeteksen ehkäisystä ja hoidosta sekä diabeetikoiden hoidonohjauksesta ja kuntoutuksesta (Koski & Dehkon koulutustyöryhmä 2009). Tärkeää on myös, että palvelujärjestelmää kehitetään. Diabetesliitto on esittänyt ratkaisuja lukuisiin kehittämistarpeisiin esimerkiksi, että tyypin 1 diabeteksen samoin kuin tyypin 2 diabeteksen hoito keskitetään sosiaali- ja terveydenhoitoalueille perustettaviin diabetesosaamiskeskuksiin sekä alueellisiin diabeteskeskuksiin ja verkostoihin. Niihin tulee koota ammattitaitoiset diabetestiimit ja ne tulee resursoida riittävästi. Diabeteshoitajat ovat tärkeällä paikalla tiimeissä ja myös itsenäisinä omahoidon tu-

kijoina. Lääkärien perus- ja erikoistumiskoulutuksessa on myös lisättävä diabeteksen hoidon tietotaitoa. Tyypin 1 diabeteksen hoidon tilanne on maassamme huolestuttava. Hoitotulokset eivät vastaa käytettävissä olevia hoitomahdollisuuksia. Terveystieteiden ammattilaiset haluavat tarjota laatua. Osaamiskeskusten kautta hyvä, tasavertainen hoito olisi mahdollista toteuttaa kaikkialla Suomessa (Vehmanen 2014.)

## 5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoitus on tehdä kotihoidon jokapäiväiseen käyttöön asiakaskäynnin opas diabetesasiakkaiden hoitoa, ohjausta ja seuranta varten. Opas palvelee kotihoidon hoitohenkilöstöä informatiivisena ja toiminnallisena oppaana asiakaskäynneillä. Tavoitteena on, että kotihoidon ammattilaiset löytävät oppaasta diabetesasiakkaiden tarpeisiin luotettavaa, näyttöön perustuvaa tietoa jokapäiväisissä hoitotilanteissa. Opas palvelee monipuolisena tietolähteenä hoitohenkilöstöä diabetesasiakkaiden vaativissa hoitotilanteissa. Oppaasta löytyy nopeasti tarvittava tieto diabetesasiakkaiden haastaviin hoitotilanteisiin. Oppaaseen tulee myös tärkeitä puhelinnumeroita hoitohenkilöstön päivittäiseen käyttöön sekä linkkejä ajankohtaisiin diabeteskoulutuksiin. Päämääränä on tehdä oppaasta monipuolinen tietolähde palvelemaan hoitohenkilöstöä vaativissa ja lisääntyvissä diabetesasiakkaiden hoitotilanteissa. Opas lisää laatua ja innostusta diabetestyöhön hoitohenkilöstön kautta Keuruun kotihoidossa.

## 6 Opinnäytetyön lähtökohdat, suunnittelu ja toteutus

Toimeksianto opinnäytetyölle tuli Keuruun kaupungilta ja tarkoituksena on tehdä asiakaskäynnin opas kotihoidon henkilökunnan käyttöön. Tavoitteena on kehittää kotihoidon

diabetestyytä ja yhdenmukaistaa hoitolinjoja sekä vastata oikea-aikaisesti asiakkaiden tarpeisiin.

Tämä kehittämistyö on yhdenmukainen valtakunnallisten linjauksien mukaisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen keskeisinä tavoitteina ovat väestön terveyden, hyvinvoinnin ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen, yhdenvertaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen turvaaminen, peruspalvelujen vahvistaminen sekä kustannustehokkaan palvelurakenteen toteuttaminen (Sosiaali ja terveydenhuollon-uudistus 2015.)

Opinnäytetyöprosessi alkoi kun opinnäytetyön tekijä aloitti työskentelyn Keuruun kotihoidossa kesällä 2014 ja osallistui siellä myös diabeteshoitotyöhön. Keskusteltaessa diabeteshoitotyöstä hoitajien kanssa selvisi, että on tarvetta diabeteshoidon ja -ohjauksen kehittämiseen. Tavoitteena diabetestyössä on asiakkaiden terveyden ja turvallisuuden edistäminen sekä lisäsairauksien ehkäiseminen puuttumalla oikea-aikaisesti esimerkiksi liian korkeisiin verensokeriarvoihin.

Keuruulla sosiaali- ja terveystoimen ylläpitämistä vanhushpalveluista vastaavat Keuruun perusturvalautakunta ja Keski-Suomen seututerveyskeskus (Keuruun kaupunki 2014). 65 vuotta täyttäneitä keuruulaisia on noin 3000. Heistä noin 600 on vanhushpalveluiden piirissä. Kotihoitoa järjestetään seitsemänä päivänä viikossa klo 7-22 ja Keuruun keskustan alueella myös ympärivuorokautisesti. Kotihoidon sairaanhoitajat tekevät kotikäynteinä 80 vuotta täyttäneiden toimintakykykartoitukset. Kotihoidossa toteutetaan voimavaralähtöistä hoitotyötä. Sen painopisteenä on ajatus, että asiakas nähdään ainutlaatuisena ihmisenä, jolla on sairauksista huolimatta kykyjä ja voimavaroja. Näin asiakasta tuetaan osallistumaan omaan elämäänsä ja hänen itsemääräämisoikeutensa ja osallisuutensa säilyy. Opinnäytetyön idea sai alkunsa kiinnostuksesta Keuruun vanhushpalveluita ja kotihoitoa kohtaan. Kysyin Keuruun kotihoidon esimieheltä kehittämisaihetta tai tarvetta opinnäytetyön tekemiseen ja diabeteshoitotyöhön kotihoidon henkilökunnan käyttöön tarvittiin kirjallinen opas työvälineeksi asiakaskotikäynneille. Opinnäytetyössä siis selvitetään diabeteshoitotyön käytäntöjä kotihoidossa ja yhdenmukaistetaan hoitolinjoja diabetestyössä.

Opasta tehtäessä haastateltiin aluksi Keuruun diabeteshoitajaa, jonka jälkeen alkoi oppaan suunnitteleminen ja työstäminen.

## 6.1 Asiakaskäynnin oppaan suunnittelu

Toimeksiantajan ensimmäisellä tapaamiskerralla keskustelimme siitä, mitä toimijoita opas tulee palvelemaan, ja että juuri kotihoidossa nähdään kasvava tarve diabetesoppaalle.

Diabetesasiakkaiden hyvä hoitotasapaino ennaltaehkäisee päivystykseen yhteydenottoja. Pohdimme myös oppaan ulkoasua, kokoa, määrää, painatusta ja sen päivitystä vuosittain.

Toiminnallisen oppaan työn suunnittelu alkoi kysymyksellä, mikä on oleellinen sisältö ja rakenne. Tällöin etsittiin näyttöön perustuvaa tietoa ratkaisun löytämiseksi ja haastattele-malla asiantuntijoita. Oppaan suunnittelussa hyödynnettiin esimerkki- asiakasta ja – omaista. Opinnäytetyön tekijä tapasi hoidollisesti haastavan diabetesasiakkaan kotikäyn-nillä ja antoi sovitun kyselylomakkeen kyseiselle henkilölle. Suunniteltiin myös omaisen näkökulman huomioimista ja tehtiin myös asiakkaan omaiselle kyselylomake, johon hän-kin vastasi määräaikaan mennessä. Asiakkaan kyselylomakkeessa oli 14 kysymystä, joihin hän vastasi kirjallisesti. **Kysymys 4 käsitteli määrääkaissuranta ja sen toteutumista. Tässä yhteydessä tuli ilmi esimerkiksi, että silmäpohjat häneltä on leikattu ja silmä-laseista luovuttiin.** Asiakkaalle tehty kysymys 6 käsitteli omia tarpeita ja toiveita diabe-teksen hoidossa, johon **asiakas vastasi toivomalla sairauden pysyvän vakaana.** Kysymys 13 käsitteli **asiakkaan mahdollisuutta osallistua oman hoidon suunnitteluun ja sitä kos-kevaan päätöksentekoon,** johon asiakas vastasi, että siihen hänellä on mahdollisuus. Ke-hittämisen tarvetta diabeteksen hoidossa asiakas ei kokenut omalle kohdalleen.

Omaiselle lähetetyssä kyselylomakkeessa oli 12 kysymystä, joihin hän vastasi kirjallisesti. Kysymys 4 käsitteli liikuntaa, lepoa, ravitsemusta, ihon hoitoa, suun hygieniä, jalkojen hoitoa ja mielialaa koskevia asioita sekä näihin teemoihin liittyviä mahdollisia ongelmia.

Omainen vastasi kysymykseen, että asiakas **ei hänen mielestään kiinnitä tarpeeksi huomiota ravitsemuksen merkitykseen diabeteksen hoidossa**. Kysymys 7 käsitteli diabetesasiakkaan oikeuksia ja vastuita, johon omainen vastasi, että asiakkaalla **on oikeus tulla kuulluksi terveystalveissa ja asiakkaan vastuu on yrittää noudattaa annettuja ohjeita**. Kysymys 10 käsitteli yhteyksiä mahdollisiin **yhdistyksiin ja vertaistuki toimintaan**, johon omainen vastasi lyhyesti; kaikki tärkeitä. Kysymys 6 kysyi asiakkaan voimavaroja omahoidossa omaisen näkökulmasta katsottuna. Johon omainen vastasi, että **diabetes vaikuttaa kokonaisvaltaisesti elämään** ja kuinka sen sairauden kanssa kuitenkin oppii elämään.

Asiakkaan ja omaisen henkilökohtaisiin kyselyihin sain luvan asianomaisilta itseltään ja työpaikkani esimieheltä sekä Keuruun kaupungilta. Tämä oli lähtökohta asiakastarpeiden hahmottamiselle oppaan suunnittelussa sekä diabeteksen hoidossa.

Halusin tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa mahdollisimman ymmärrettävästi, selkeästi ja hoitajien tiedontarve huomioon ottaen kotikäynneillä. Opas sisältää myös värikkäitä, havainnollistavia kuvia esimerkiksi pistopaikoista ja informatiivisia taulukoita muun muassa ravitsemushoidosta ja asiakkaan määräämiskäynnin sisällöstä.

## 6.2 Asiakaskäynnin oppaan toteutus ja arviointi

Oppaan sisältö hankittiin alaan liittyvästä kirjallisuudesta, tutkimuksista, käypä hoito suosituksista, asiakkaan ja omaisen haastattelut huomioiden, esimiesten antaman palautteen pohjalta ja erityisesti diabeteshoitajan kanssa yhteistyössä ja asiantuntemusta hyödyntäen. Diabeteshoitaja tarkisti ja arvioi oppaan tiedon rakenteellisesti ja sisällöllisesti. Lääkityskohtaan hän halusi lisäyksiä esimerkiksi metformiini lääkeyksen turvallisuudesta ja tehokkuudesta käytöstä ikäihmisillä, jos annos ei ole liian suuri. Metformiinihoidosta hän lisäsi sen verran, että se on syytä keskeyttää väliaikaisesti silloin, kun diabetesasiakas sairastuu kuumeeeseen, vatsatautiin tai voimakkaaseen ripulitautiin. Kudoshapetuksen puutteessa

(hypoksia) ja kuivumistilanteissa suositellaan metformiinihoito tauottamaan väliaikaisesti ja hoitamaan hyperglykemia insuliinilla (Käypä hoito 2013.) Insuliini lääkitykseen lisättiin, että esimerkiksi pitkävaikutteinen insuliini Protaphane- kynä on aina sekoitettava hyvin ennen pistosta.

Loppuvaiheessa diabeteksen asiakaskäynnin oppaan nimi muuttui toiseksi eli diabeteksen hoito ja seuranta. Diabeteshoitaja ehdotti verensokerin seurantaosiota vielä oppaaseen, johon löysinkin näyttöön perustuvaa tietoa diabeteksen hoitotasapainon ylläpitämiseksi. Tavoitteena on edistää asiakkaiden turvallista sekä laadukasta hoitoa. Oppaasta löytyy tärkeää tietoa käytännön tilanteisiin tarvittaessa ja sen voi aina oppaasta tarkistaa. Yhteistyö oppaan sisällön kokoamisessa on ollut arvokasta. Opas sisältää oleellisen tiedon diabetesasiakkaan ohjauksesta, hoidosta ja seurannasta. Tekstisisältöä tukee oppaan sisältämät värikkäät kuvat ja asiasisältöiset kuviot tehden aihetekstistä nopeammin löydettävän ja helposti luettavan. Oppaan sisältö on yhdenmukainen varsinaisen opinnäytetyön kanssa, jossa kohderyhmä on huomioitu.

Oppaan sisältö tarkistettiin sairaanhoitajilla sekä kaksi kertaa esimiehillä jotta saatiin koottua tärkeää palautetta ja muokattua opasta vielä tarkoituksenmukaiseksi. Kotihoidon johtotaso toivoi oppaaseen vielä muutamia muutoksia esimerkiksi kotihoidon puhelinnumeroiden päivittämistä, mutta oli tyytyväinen esimerkiksi pistospaikkoja esittävään kuvaan ja hiilihydraattitaulukkoon. Opasta esiteltiin myös kotihoidon sairaanhoitajille tiimipalaverissa, ja he antoivatkin siihen tärkeää palautetta muun muassa asioiden tiivistämistä ja selkeyttämistä. Opas jäi Keuruun kotihoitoon sähköiseen muotoon, jota päivitetään vuosien varrella uudella näyttöön perustuvalla tiedolla.

## 7 Opinnäytetyön tulokset

Palautetta asiakaskäynninoppaasta kyselin kirjallisesti sekä suullisesti sairaanhoitajilta sekä esimiehiltä. Kirjallinen palautekysely lähetettiin kahdeksalle sairaanhoitajalle elokuun lopulla ja vastauspyyntö 14.10.2014 mennessä palautettavaksi.

Vastauksia kirjalliseen kyselyyni sain yhteensä 3 kappaletta sairaanhoitajilta. Ensimmäinen kysymys käsitteli oppaan hyötyä kotihoidossa. Toinen kysymys käsitteli, mitä hyötyä opas tuo kotihoitoon, johon tuli vastauksia seuraavasti: Oppaassa on yleistä tietoa diabeteksesta kotihoidon lähihoitajille ja muille ammattilaisille, ja oppaasta on hyötyä kotihoidon työssä. Opas on myös hyvin laadittu ja suunniteltu. Siitä on hyvä tarkistaa pistopaikat tai hiilihydraattiannokset. Kokonaisuutena se sisältää hyödyllistä tietoa diabeteksesta.

Kolmas kysymys käsitteli kehitettäviä asioita oppaassa. Siihen vastattiin, että opas voi olla lyhyempi, jotta käyttötarkoitus oppaana toteutuu paremmin. Tällaisena se on hieman liian laaja tai sitä voi muokata pelkistetyimmäksi. Yhteystietoja voi tiivistää todella vain tarpeellisiin. Asioiden tiivistämistä kaivattiin oppaaseen yleisesti.

Ensimmäinen oppaan arviointikysely esimiehille sähköpostin kautta toi vastauksia seuraavasti; oppaan nimi jäi mietityttämään, ketoasidoosiin eli happomyrkytykseen reagointi, kuinka hoitajan pitää toimia asiakkaan oireita seuratessaan. Diabeetikon säännöllisen arviokäynnin taulukon (taulukko 1) muokkaamista toivottiin; mikä siinä kuuluu sairaanhoitajan tehtäviin ja mikä lääkärille asiakkaan tullessa arviokäynnille? Asioiden selvittämistä toivottiin myös esimerkiksi nefropatian (heikentyneen munuaistoiminnan) hoidossa. Viimeinen kysely tapahtui puhelimesta suullisesti joulukuussa 2014. Esimies oli lukenut ja tarkistanut selvennetyn version oppaasta. Nimi muuttui diabeteksen asiakaskäynnin oppaasta toiseksi eli Opas Keuruun kotihoidolle diabeteksen hoidosta ja seurannasta.

Mielestäni tämä uusi nimi kuvaa vielä paremmin oppaan sisältöä ja olen todella tyytyväinen diabetesoppaaseen, joka syntyi yhteistyöllä ammattilaisten kanssa.

Selvitin lopuksi, miten diabetesopas otetaan käyttöön kotihoidon kentälle. Siihen sain vastaukseksi, että opas jaetaan kotihoidon tiimeihin ja otetaan käyttöön työkentille. Se miten aktiivisesti opas tulee käyttöön kotihoidossa jää nähtäväksi.

Keskusteluissa tuli esille myös, että diabetestyössä on parantamisen varaa ja lisäkoulutuksia kaivataan hoitajille tietotaitoa tukemaan.

## 8 Pohdinta

Tarkoituksena oli siis tuottaa diabetesopas arkityön työvälineeksi kotikäynneille ja lisätä sitä kautta hoitohenkilöstön toimintamahdollisuuksia kotikäynneillä sekä yleistä tietotaitoa diabetestyöhön. Päämääränä on edistää asiakkaiden terveyttä ja toimintakykyä sekä ennaltaehkäistä lisäsairauksien syntymistä. Tavoitteena on yhtenäistää hoitokäytäntöjä, lisätä resursseja diabetestyöhön sekä parantaa diabetestyön osaamista ja laatua.

Diabetesasiakkaiden kasvava määrä huolestuttaa vuosittain. Miksi Suomessa on tyypin 1-diabetes enenevässä määrin kasvussa koko maailmassa ja kuinka saada tyypin 2-diabeteksen kasvua hidastettua sekä ennaltaehkäistyä tehokkaammin tulevaisuudessa? Diabetestyöhön panostaminen oikea-aikaisesti lisää työyhteisön kustannustehokkuutta ja parantaa diabetesasiakkaiden elämänlaatua.

Työn tuloksena syntyi diabetesasiakkaiden tarpeita palveleva ja tutkimustietoon perustuva käytännönläheinen asiakaskäynninopas hoitohenkilöstön käyttöön. Asiakaskäynninopas sisältää muun muassa tietoa diabeetikon hoidonohjauksesta, jossa hoidosta päävastuussa on asiakas itse. Tavoitteena on parantaa asiakkaiden elämänlaatua ja estää akuutteja komplikaatioita sekä ennaltaehkäistä lisäsairauksia.

Asiakaskäynnin oppaassa on tietoa lääkityksestä, verensokerin seurannasta, insuliinihoidosta, komplikaatioista ja niistä selviytymisestä (Opas Keuruun kotihoidolle liite 1.) Tämä



opinnäytetyö tutkii diabetesta sairautena tarkoituksena löytää tehokkaita hoitotyönmenetelmiä yksilön elämänlaadun parantamiseksi.

Kotihoidossa nähtiin tarve diabetestyön kehittämiseen ja siitä tarpeesta lähdin kehittämään toiminnallista asiakaskäynninopasta kotihoidon asiakaskäyntejä varten. Lähdin miettimään asiakastarpeita diabetesta sairastavien keskuudessa. Näistä tarpeista lähtien tein kyselylomakkeen eräälle haastavalle asiakkaalle ja hänen omaiselleen tarkoituksena löytää oikeita työvälineitä diabetestyön kehittämiseen. Tällä tavalla tunsin pääseväni alkuun kotihoidon diabetestyön kehittämisessä. Asiakas ja omainen vastasivat aktiivisesti sekä itsenäisesti lomakkeiden kysymyksiin määräaikaan mennessä. Ravitsemus, omahoidon tärkeys ja määräaikaiseuranta diabeteksen hoidossa nousivat tärkeiksi asioiksi kysymysten vastauksissa, joille annoin painoarvoa valmistuneessa asiakaskäynnin oppaassa. Tätä kyselyä olisi voinut laajentaa useimpia asiakkaita ja omaisia koskemaan.

Asiakaskäynninoppaan valmistuessa lähetin kirjallisen arviointikaavakkeen sairaanhoitajille määräaikaan mennessä täytettäväksi. Sain vastauksia takaisin 3/8 kappaletta, johon en ollut täysin tyytyväinen. Tämän jälkeen sovittiin esimiehen kanssa vielä palaveri jossa keskusteltiin asiakaskäynninoppaan arvioinnista, paikalle tuli 8 henkilöä. Palaverissa oppaan myönteisinä asioina esitettiin esimerkiksi oppaan sisältämät kuvat insuliinin pistoskohdista ja ravitsemuksesta grammamäärinä. Kehitettäväksi asioiksi jäi esimerkiksi oppaan supistaminen tekstimäärältään suppeammaksi. Toivon todella että opasta käytetään aktiivisesti kotihoidon diabetestyössä ja päivitetään uudella näyttöön perustuvalla tiedolla vuosittain sekä kehitetään tarpeita vastaavaksi myös tulevaisuudessa. Opinnäytetyön tekijänä olen kokenut kehittyväni ammatissani ja diabetestyön asiantuntijana.

## 9 Asiakaskäynnin opas ja sen kehittäminen

Opinnäytetyön tutkimusaihe on tänä päivänä ajankohtainen ja tietoa on paljon saatavilla. Aiheesta on tehty useita mielenkiintoisia tutkimustöitä, joista muutamii olen viitannut omassa työssäni. Oppaan lähdeaineisto on koottu luotettavista ja tuoreista näyttöön perustuvista lähteistä.

Yhteistyökumppanina oppaan suunnittelussa ja tarkistamisessa on ollut Keuruun diabeteshoitaja, joka on tehnyt pitkän uran diabetestyössä kouluttamalla itseään jatkuvasti. Työtä ovat arvioineet paikalliset hoitotyön ammattilaiset, joiden palautteen mukaan opasta on vielä viimeistelty näyttöön perustuvalla tiedolla.

Liitteinä olevissa kyselylomakkeissa on noudatettu asiakkaan ja omaisen itsemääräämisoikeutta kyselyyn osallistumisessa sekä anonymiteettisuoja. Kyselyjen toteuttamiseen pyysin suullisesti luvan kotihoidon esimieheltä ja kirjallisen luvan Keuruun peruspalvelujohtajalta.

Jatkokehittämisessä käyttäisin esimerkiksi laajempaa kyselyä asiakaskäynninoppaan arvioinnissa, kaikkien hoitajien palautteet oppaan arvioinnissa toisi suuremman vastausprosentin arviointikyselyyn, josta voisi olla hyötyä tulevaisuudessa. Diabetestyön kehittämisessä voisi alkuun tehdä kyselyn myös hoitajille, mitä tarvetta he näkevät diabetestyön kehittämisessä? Kyselyä voisi laajentaa vaikka koko Keuruun Lehtiniemen henkilöstöä käsittämään. Opas jää sähköisessä muodossaan elämään kotihoitoon, ja vuosien varrella se toivottavasti tulee kehittymään asiakastarpeita vastaavaksi.

Tulevaisuudessa voisi laajentaa myös asiakas- ja omaishaastatteluja suuremmalle kohderyhmälle. Olisi hyvä tietää ja seurata heidän mielipiteitä diabetestyön kehittämisessä myös jatkossa.

Tämä toiminnallinen opas oli todella mielenkiintoinen ja haastava toteuttaa työn lomassa. Kiitän kaikkia ammattilaisia ja diabeteshoitajaa upeasta yhteistyöstä.

## Lähteet

Aro, E., Huhtanen, J., Ilanne-Parikka, P., Kokkonen, L. 2010. Ikäihmisen diabetes. Hyvän hoidon opas. Suomen Diabetesliitto 3., korjattu painos.

Diabeteksen lisääntyminen on varsinainen pommi Suomessa 2014. Toim. A. Pirskanen Tv-ohjelma, YLE Uutisissa, kotimaa. 1.4.2014.

Diabeteslehti 2014, 6. Lokakuu, uutisia.

Diabetesliitto.2014. Viitattu 4.7.2014.

[http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi\\_1/verensokeri](http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_1/verensokeri)

Eriksson, J., Strandberg, T. 2014. Lääkärilehti. Viitattu 17.1.2015.

<http://www.fimnet.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000041287>

Harjutsalo, V. 2012,7.Diabetes ja lääkäri. Viitattu 4.7.2014.

[http://www.diabetes.fi/files/2243/DjaL\\_4\\_2012.pdf](http://www.diabetes.fi/files/2243/DjaL_4_2012.pdf)

Hassi, T-M.2005. Lisensiaatintutkimus.Yhteiskunnalliset muutossuunnat ja kotihoidon työntekijöiden osaaminen tulevaisuudessa. Viitattu 29.5.2014

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/76393/lisuri00025.pdf?sequence=1>

Hyvärinen, H. 2014,43. Diabetes-lehti, lokakuu.

Ikonen, M., Kärkkäinen, S. 2011, 29. Viitattu 15.7.2014. [https://www.theseus.fi / bitstream/handle/10024/31318/Helsinki\\_Ikonen%20Karkkainen\\_2011.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/31318/Helsinki_Ikonen%20Karkkainen_2011.pdf?sequence=1)

Ikääntyneiden kokemukset toimintakyvystään ja palveluiden saamisesta ennen vanhuspalvelulakia. 2013. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 3.6.2014.

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110590/Tutkimuksesta\\_tiiviisti\\_9\\_2013.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110590/Tutkimuksesta_tiiviisti_9_2013.pdf?sequence=1)

Kallioniemi, V. Diabetes. Viitattu 30.5.2014

<http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Diabetesz>

Kansanterveyslaki 66/1972. Viitattu 11.6.2014.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1972/19720066>

Keuruun kaupunki. 2014. Viitattu 14.9.2014 <http://www.keuruu.fi/asukkaat/sosiaali-ja-terveys/vanhuspalvelut>

Keuruun kaupunki. 2014. Viitattu 15.9.2014

[http://www.keuruu.fi/images/vanhuspalvelut/dokumentit/Ikähämisten\\_palveluopas\\_helmikuu\\_2014.pdf](http://www.keuruu.fi/images/vanhuspalvelut/dokumentit/Ikähämisten_palveluopas_helmikuu_2014.pdf)

Keuruun kaupunki. 2011. Keuruun vanhuspoliittinen strategia vuoteen 2020 Viitattu 14.9.2014 [http://www.keuruu.fi/images/vanhuspalvelut/dokumentit/keuruun\\_vanhuspoliittinen\\_strategia\\_vuoteen2020.pdf](http://www.keuruu.fi/images/vanhuspalvelut/dokumentit/keuruun_vanhuspoliittinen_strategia_vuoteen2020.pdf)

Koski, S & Dehkon koulutustyöryhmä. 2009. Viitattu 8.7.2014. [http://www.diabetes.fi/files/1041/Diabetes\\_terveydenhuoltoalan\\_koulutuksessa.pdf](http://www.diabetes.fi/files/1041/Diabetes_terveydenhuoltoalan_koulutuksessa.pdf)

Kotihoidon laskenta 2012. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos Viitattu 1.6.2014 [http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr16\\_12.pdf](http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr16_12.pdf)

Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Viitattu 24.5.2014. [http://www4.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/ikaantyneet/kotihoidonlaskenta](http://www4.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/ikaantyneet/kotihoidonlaskenta)

Käypä hoito. 2013. Taulukko 1. Diabeetikon arviokäynnin sisältö. Viitattu 15.1.2014. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50056>

Laatusuositus. 2013,51. Vanhuspalvelujen laatusuositus. Viitattu 23.5.2014 <http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisuja-sarja/nayta/-/julkaisu/1860580>

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. 2013. Viitattu 24.5.2014 [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/ikahamiset/palvelujen\\_laatu/laatusuositus](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikahamiset/palvelujen_laatu/laatusuositus)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980. Viitattu 16.8.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta 1303/2014. Viitattu 27.2.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141303>

Laurio, M. 2013. Gerontologia ja kansanterveystiede. Pro gradu tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 13.9.2014 <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/42181/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201309172315.pdf?sequence=1>

Lind, S., Talvitie, T. 2012. Opinnäytetyö. Diabeetikon voimaantumisprosessiin vaikuttavat tekijät. Viitattu 20.9.2014. <http://www.theseus.fi/handle/10024/46938>

Lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus Fimea 2014. Reniini-angiotensiinijärjestelmään vaikuttavien lääkkeiden yhteiskäyttöä ei suositella 16.4.2014. Viitattu 4.7.2014.

[http://www.fimea.fi/myyntiluvat/uutissivu\\_myyntiluvat/1/0/reniini-angiotensiinijarjestelmaanvaikuttaven\\_laakkeiden\\_yhteiskayttoa\\_ei\\_suosittelaa](http://www.fimea.fi/myyntiluvat/uutissivu_myyntiluvat/1/0/reniini-angiotensiinijarjestelmaanvaikuttaven_laakkeiden_yhteiskayttoa_ei_suosittelaa)

Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim.2013;129(2):160 Henna Qian. Insuliinipumppuhoidosta hyötyvät oikein valitut potilaat. Viitattu 4.7.2014. <http://www.duodecimlehti.fi>

Manneri, T. 2014, 36. Diabeteslehti 3.

Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V., Kivelä, S-L. 2006. Vanhustenhoito. Kustantaja: WSOY. 1.– 2. painos

Metformiini diabeteksen hoidossa. Käypä hoito suositus 2013. Viitattu 7.11.2014. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix00780>

Mustajoki, P.2014. Tietoa potilaalle: Diabetes. Viitattu 30.5.2014 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00011](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011)

Myllymäki, S.2014. Vanhusten näkemyksiä itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kotihoidossa. Pro gradu tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 18.10.2014.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/43096/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201403211390>

Palvelut ja etuudet ikääntyneille.2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 12.9.2014 [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelut\\_ja\\_etuudet](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelut_ja_etuudet)

Randolph, A. 2013. Gradu. The effect of physical activity counseling on diabetics' mobility : results of a secondary analysis. University of Jyväskylä. Viitattu 27.9.2014 <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/41751>

Rovaharju, K. Opinnäytetyö. 2012. Diabetesta sairastavan omahoidon arviointi ja tukemisen kotihoidossa.

[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/42432/Rovaharju\\_Katja.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/42432/Rovaharju_Katja.pdf?sequence=1)

Saha, H.2014,55. Diabeteslehti. Huhtikuu. Munuaisilla on monta tärkeää tehtävää.

Saraheimo, M.2011.Diabetes. Viitattu 28.5.2014.

[http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/pit/koti?p\\_artikkeli=dia00101&p\\_haku=DIABETES](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/pit/koti?p_artikkeli=dia00101&p_haku=DIABETES)

Salmela, S. 2012. Terveystieteen väitöskirja. Edes korkea diabetesriski ei saa turvautumaan ammattiapuun. Viitattu 6.9.2014. <https://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/2012/11/tiedote-2012-11-14-10-43-49-178427>

Saraheimo, M. & Sane, T. 2011. Diabetes lisääntyy. Viitattu 29.5.2014.

[http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/pit/koti?p\\_artikkeli=dia00101&p\\_haku=DIABETES](http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/pit/koti?p_artikkeli=dia00101&p_haku=DIABETES)

Saukkonen. T. 2013, 21. Diabetes-lehti. Lokakuu. Ohjauksen puute uuvuttaa läheiset

Sosiaalihuoltolaki 710/1982. Viitattu 7.6.2014.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1982/19820710>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Viitattu 22.5.2014

[http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali\\_ja\\_terveydenhuolto/ikaantyneet](http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ja_terveydenhuolto/ikaantyneet)

Sosiaali- ja terveydenhuollon-uudistus. 2015. Viitattu 26.2.2015.

[www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/palvelurakennemuutos](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennemuutos)

Summanen, P. 2009. Diabeteksen aiheuttamat silmämuutokset. Viitattu 1.6.2014.

<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/shk/koti>

Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2012, 18. Konsensuslausuma. Kohti parempaa vanhuutta 2012. Viitattu 22.5.2014. <http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f2034297993/konsensuslausuma20122.pdf>.

Suomen diabetesliitto 2012. Viitattu 21.08.2014. [http://www.diabetes.fi/files/2243/DjaL\\_4\\_2012.pdf](http://www.diabetes.fi/files/2243/DjaL_4_2012.pdf)

Tekes 2014. Kotihoito 2020: 10 askeleen ohjelma kotihoitoon. Viitattu 6.6.2014

<http://www.tekes.fi/Global/Ohjelmat%20ja%20palvelut/Ohjelmat/Innovaatiot%20sosiaali-%20ja%20terveyspalveluissa/Kotihoito2020.pdf>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Viitattu 15.7.2014.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. 2010. Geriatria. 2., uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Tuomi, T., Saraheimo, M. 2014 ;130(12):1203-5. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim Tyypin 1 diabeteksen hoito pitää keskittää. Viitattu 17.1.2015.

[http://www.duodecimlehti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/web/guest/haku?p\\_p\\_id=Article\\_WAR](http://www.duodecimlehti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR)

Tuukkanen, K., Niiranen, P. 2011.

JIK-Peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä. Kotihoidon sisältö ja kriteerit. Viitattu 25.5.2014.

<http://www.jikky.fi/files/400/JIK-kotihoidonkriteerit>

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Etene-julkaisuja.20. Viitattu 17.10.2014.  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf)

Valvova elintarvike- ja lääkevirasto.2012. Viitattu 28.10.2014  
<http://elamakasissamme.blogspot.fi/2012/06/valvova-elintarvike-ja-laakevirasto.html>

Vehmanen, M. 2014, 55. Diabeteslehti, syyskuu.

Virnes, E-L.2012. Ikääntyneiden palvelut. Viitattu 13.9.2014.  
<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/Sivut/default.aspx>

World health organization 2014. Data and statistics. Viitattu 12.10.2014  
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/diabetes/data-and-statistics>

Wuolijoki, K.2012. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Keskustelua vanhustenhoidosta  
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/40149/URN%3aNBN%3afi%3ajyu.201211012836.pdf?sequence1>

**ASIAKASHAASTATTELU – DIABETES**

Liite 2

(Kyselyyn vastaaminen vapaaehtoista ja luottamuksellista. Vastataan nimettömänä! )

1. Kuinka toteutat diabeteksen omaseurantaa?
2. Minkälaista hoidonohjausta olet saanut ja keneltä?
3. Kuinka kauan Sinulla on ollut diabetes ja minkälaista on ollut elää sen kanssa?
4. Toteutuvatko Sinulla määräaikaishoidon seuranta ja vuositarkastus säännöllisesti?
5. Oletko saanut hoitoosi yksilöohjausta tai ryhmäohjausta?
6. Mitä ovat omat tarpeesi ja toiveesi diabeteksen hoidossa tänä päivänä?
7. Mitä haluaisit kehittää diabeteksen hoidossa?
8. Mitä yhteistyötä tehdään kanssasi diabeteksen hoidossa?



9. Mitä tavoitteita asetat itsellesi diabeteksen hoidossa ja tuetaanko Sinua niissä?
10. Mikä asia ei toimi diabetes hoidossa?
11. Tuleeko Sinulle diabetes-lehti tai saatko sairaudestasi tarpeeksi ajankohtaista tietoa?
12. Oletko osallistunut diabeteksen vertaistuki toimintaan?
13. Onko Sinulla mahdollisuus osallistua omahoitosi suunnitteluun ja sitä koskevaan päätöksentekoon?
14. Mitä muuta haluaisit sanoa tai mikä mieltäsi askarruttaa?



7. Mitä ovat mielestäsi diabetes asiakkaan oikeudet? Entä vastuut?
8. Mitä ovat arjen kokemuksesi suhteessa diabetekseen?
9. Entä diabeteksen vaikutus perheeseen?
10. Mahdollisia yhteyksiä muihin? Yhdistyksiä? Vertaistuki toimintaa?
11. Mitä asiakaskäynnin oppaan tulisi mielestäsi sisältää, asiakkaan omaisena?
12. Onko Sinulla jotakin muuta mitä haluaisit tietää ?

